

**Trabajo Fin de Grado**

# **Educación Sexual en personas con Discapacidad Intelectual**

---

**Sex Education in people with Intellectual Disability**



**REVISIÓN NARRATIVA**  
**NARRATIVE REVIEW**

**Autora:** Esther Ramírez Yustres

**Tutor:** Juan Manuel Serrano Rodríguez

**Universidad Autónoma de Madrid**

**Grado en Enfermería**

**Mayo 2021**







## RESUMEN

**Introducción:** La educación sexual puede ofrecer beneficios para las personas con Discapacidad Intelectual (DI), desde una perspectiva amplia, positiva y universal basada en el hecho sexual humano.

**Objetivo:** Revisar cómo se desarrolla la educación sexual en las personas con DI, para conocer las características de las intervenciones realizadas, las necesidades sexuales que manifiestan y el papel de la enfermería en su educación.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, incluyendo artículos con disponibilidad de texto completo, publicados en 2011-2021, en idiomas inglés, español y portugués.

**Resultados:** La educación sexual que se transmite a personas con DI se enfoca en la prevención de embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y abusos sexuales. Las personas con DI manifiestan variedad de necesidades en educación sexual, más allá de temáticas sobre prevención. Las enfermeras son apropiadas para educar en sexualidad a los DI, pero su papel se encuentra actualmente limitado.

**Conclusiones:** Los programas de educación sexual se enfocan en el modelo de educación preventivo o de riesgo. Se desarrollan principalmente hacia personas con DI leve. Estas personas manifiestan necesidades formativas en relación con la sexualidad, que responden a los derechos sexuales recogidos en su Declaración, pero no son cubiertos por los programas actuales ni por los enfermeros.

**Palabras clave:** Sexualidad, educación sexual, discapacidad intelectual, enfermería.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Sex education can offer benefits for people with Intellectual Disability (ID), from a broad, positive and universal perspective based on the human sexual act.

**Objective:** Review how sexual education is developed in people with ID, to know the characteristics of the interventions carried out, the sexual needs they manifest and the role of nursing in their education.

**Methodology:** A bibliographic search was carried out in different databases, including articles with abstract and full text, published in 2011-2021, in English, Spanish and Portuguese.

**Results:** Sex education for people with ID focuses on preventing unwanted pregnancies, Sexually Transmitted Infections (STIs), and sexual abuse. People with ID show a variety of needs in sexual education, beyond topics on prevention. Nurses are appropriate to educate IDPs on sexuality, but their role is currently limited.

**Conclusions:** Sex education programs focus on the preventive or risk education model. They develop mainly towards people with mild or moderate ID. These people show training needs in relation to sexuality, which respond to the sexual rights included in their Declaration but are not covered by current programs or by nurses.

**Keywords:** Sexuality, sex education, intellectual disability, nursing

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>1. CONCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD .....</b>	<b>2</b>
<b>2. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI) .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Niveles de DI .....</b>	<b>4</b>
<b>3. EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DI.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1. Modelos de sexualidad y educación sexual.....</b>	<b>6</b>
<b>4. MODELO BIOGRÁFICO-PROFESIONAL .....</b>	<b>6</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>9</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>1. EDUCACIÓN SEXUAL APLICADA A PERSONAS CON DI .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1. Temáticas tratadas en la educación sexual.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Métodos de los programas para la identificación de necesidades en DI... </b>	<b>15</b>
<b>2. NECESIDADES SEXUALES MANIFESTADAS POR PERSONAS CON DI</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Nivel individual .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Nivel interpersonal .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3. Nivel comunitario.....</b>	<b>19</b>
<b>3. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE</b>	
<b>EDUCACIÓN PARA LA DI.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. Actitudes de los profesionales sanitarios y cuidadores .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2. Limitaciones o carencias detectadas por los profesionales.....</b>	<b>21</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>27</b>

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>35</b>
<i>Anexo 1: Derechos Sexuales y Reproductivos .....</i>	<b>35</b>
<i>Anexo 2: Tabla-resumen de los artículos seleccionados.....</i>	<b>36</b>
<i>Anexo 3: Cuestionario de Conocimientos Sexuales Generales (GSKQ).....</i>	<b>43</b>



## INTRODUCCIÓN

---

En el siguiente trabajo se pretende revisar las intervenciones que se han llevado a cabo sobre educación sexual en las personas con Discapacidad Intelectual. Para ello, se basa en la definición de sexualidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la que deriva el marco teórico del *hecho sexual humano* que desarrolla una concepción de la sexualidad amplia, positiva y universal, desde una perspectiva biopsicosocial. Por tanto, será el que guíe la visión de la sexualidad en este trabajo, así como la importancia de la inclusión de los discapacitados en la acción educativa, como beneficio para la salud integral de estas personas. De forma adicional, se realiza una delimitación de las características de la población con DI, para observar cómo influyen estos aspectos en su formación, y saber en qué nivel de discapacidad se han centrado los programas.

Posteriormente, se examinan los modelos que se han descrito en la visión de la sexualidad y consecuente educación sexual transmitida, para poder contrastarlos con la consideración de la sexualidad de este colectivo y el tipo de educación sexual que se les otorga. El modelo de sexualidad denominado “modelo biográfico” es el que se estructura según el hecho sexual humano, incluyendo la sexualidad de las personas con DI. El beneficio que persigue este modelo en la salud global de los individuos implica a los profesionales de la salud en el desempeño de los programas de educación sexual para la discapacidad, donde se tratará su rol concreto.

### 1. CONCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD

La OMS (2006) define la *sexualidad humana* como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Se trata de una definición que contempla la sexualidad con una perspectiva amplia, que no solo se centra en las relaciones sexuales, sino que remarca las diferentes vertientes en las que la sexualidad media en la vida de los individuos. De acuerdo con ella, desde la Sexología, se han desarrollado diferentes marcos teóricos que tratan de concretar estas facetas de la sexualidad. Uno de estos marcos es el propuesto por el *hecho sexual humano*, que parte de que la sexualidad es una condición presente en todos los individuos desde el nacimiento; somos seres sexuados. Este carácter innato de la sexualidad evoluciona a lo largo de la vida y se expresa de formas diversas, que se pueden delimitar en los siguientes conceptos básicos (Sáez Sesma y Frago Valls, 2017):

- **Sexuación:** se define como el proceso individual por el que la persona configura su estructura como ser sexuado, en virtud de sus diversas características o determinaciones biológicas.
- **Sexualidad:** hace referencia a la manera en la que una persona se identifica como hombre o mujer, cómo vive su propia sexuación y la manera en que orienta el deseo sexual.
- **Erótica:** este concepto se corresponde con los deseos de cada individuo sexuado, en sus relaciones con otros. Es la forma concreta de expresar la sexualidad en nuestro comportamiento.

- **Amatoria:** hace referencia al encuentro o establecimiento de vínculos afectivos entre sujetos sexuados, a partir de la expresión de sus conductas, deseos, atracciones y emociones.

Teniendo en cuenta la universalidad considerada en el hecho sexual humano, abarcando a todos los individuos con independencia de sus características o condiciones, las personas con DI cuentan con una sexuación, sexualidad, erótica y amatoria propia y completa.

## **2. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI)**

Según el informe de la OMS (2017) más de 1000 millones de personas padecen algún tipo de discapacidad, lo que supone el 15% de la población mundial.

Bajo la categoría F70-F79 de *Retraso Mental*, la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10 lo describió como la “Condición de desarrollo detenido o incompleto de la mente, que se caracteriza especialmente por el deterioro de habilidades del nivel general de inteligencia manifestadas durante el período de desarrollo, es decir, habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y sociales” (OMS, 1992). Los criterios seguidos por la OMS en dicha definición han sido actualizados en la reciente versión de la CIE-11. Así, se cambió la denominación de *Retraso Mental* hacia *Trastorno del Desarrollo Intelectual* y su descripción se modificó, contemplando “un grupo de condiciones etiológicamente diversas que se originan durante el período de desarrollo y que se caracterizan por un funcionamiento intelectual y un comportamiento adaptativo significativamente por debajo del promedio” (OMS, 2020).

La antigua definición enfatizaba las dificultades de las personas con DI en la adaptación a su contexto y relacionaba los problemas de adaptación con la DI. Por el contrario, la más reciente supone un cambio de paradigma desde una perspectiva biomédica a un modelo biopsicosocial. Esta perspectiva no se centra tanto en la discapacidad del individuo, sino en los factores del entorno y los apoyos necesarios para su aprendizaje, adaptación y desarrollo óptimo.

## 2.1. Niveles de DI

De acuerdo con la gravedad del funcionamiento intelectual, las dificultades en el funcionamiento adaptativo y social, y su Coeficiente Intelectual (CI), el manual DSM-5 explica cuatro niveles de discapacidad (American Psychiatric Association, 2013):

- **DI leve:** CI 50/55-69. Grupo mayoritario, englobando un 80% de los casos. Los individuos presentan discapacidad mínima en áreas perceptivas y motoras, con capacidad de comunicarse y aprender habilidades básicas en la autonomía personal. El tipo de apoyo educativo debe ser intermitente, cuando la persona lo necesite.
- **DI moderada:** CI 35/40-50/55. Notable dificultad en el lenguaje expresivo y comprensivo. El individuo puede adquirir autonomía personal y social en la vida diaria con algún apoyo educativo concentrado e individualizado. Su capacidad para aprender y pensar lógicamente está disminuida.
- **DI grave:** CI entre 20/25-35/40. Nivel de autonomía muy pobre. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje y comprensión será limitado. El tipo de apoyo educativo que reciban debe ser extenso, dirigiéndose principalmente a la adquisición de habilidades de autocuidado básico.
- **DI profunda:** CI por debajo de 20/25. Grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices, comunicación con el medio y autonomía diaria personal seriamente afectada.

Los individuos con DI leve a moderada con frecuencia enfrentan menos dificultad para vivir de forma autónoma y contribuir en su comunidad que las personas con DI del resto de las categorías. En la práctica, la expresión de la sexualidad está especialmente limitada en personas con DI, moderada, grave y profunda. De hecho, como se mostrará posteriormente, los programas de educación sexual sobre los que se ha encontrado información se dirigen a personas con DI leve y moderada.

## 3. EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DI

La OMS (2006) define la *salud sexual* como “un estado físico, emocional y de bienestar social en relación con la sexualidad; no meramente la ausencia de enfermedad. La salud sexual requiere un acercamiento a la sexualidad y las relaciones sexuales respetuoso, y la

posibilidad de vivir experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia”. La alteración de la dimensión sexual afecta al conjunto de la salud del individuo, es decir, al equilibrio entre sus esferas física, psicológica y social y, por ello, hacer que las personas vivan su sexualidad de forma saludable debe ser un objetivo. En la consecución de este objetivo, resulta fundamental que los individuos cuenten con los recursos y conocimientos que les permitan esta vivencia de la sexualidad sana.

Existe una Declaración de Derechos Sexuales, elaborada por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (2014). Esta Declaración promociona el disfrute de los Derechos Sexuales a nivel mundial, en todos los individuos durante toda su vida, también en aquellas personas con DI (ver Anexo 1).

Actualmente, vivimos rodeados de información sobre sexualidad en todos los ámbitos (música, televisión, películas...). Sin embargo, frente a esta exposición, los conocimientos sobre cómo vivir la sexualidad, reconocernos como seres sexuados, expresar nuestra sexualidad, erótica o capacidad amorosa no se proporcionan en la misma medida. La forma de adquirir esas capacidades para vivir experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de coacción se basa en la mayoría de los casos en fuentes informales. Además, la educación en esta temática no consiste en otorgar los máximos conocimientos, sino en capacitar al individuo para discernir cómo utilizar este exceso de información, separando la inadecuada de la adecuada y que pueda tomar decisiones de la forma más autónoma posible (Zapata Boluda et al., 2016; Cruz roja, 2016).

Puesto que la diversidad es una característica fundamental de la sexualidad, incluir a las personas con DI en la educación sexual es un objetivo. Mediante la educación sexual en personas con DI, puede conseguirse el abandono de mitos y estereotipos hacia la realidad sexual de estos individuos. Además, la educación sexual es un proceso continuo en sus vidas. Puede transmitirse de manera explícita o implícita, lo que significa que se está educando en esta temática cuando se otorga información sobre ella, pero también cuando se evita hablar de la misma (Cruz roja, 2016).

El tipo de educación que unifica y transmite todos los múltiples conceptos que rodean la sexualidad, más allá de la genitalidad, es la educación sexual integral (Cruz roja, 2016). No obstante, cuando se ha llevado a cabo y se transmite educación en sexualidad, esta

educación integral tampoco ha sido predominante, como puede apreciarse a partir de los modelos de educación que se han aplicado.

### 3.1. Modelos de sexualidad y educación sexual

Actualmente, no hay discusión en la necesidad de realizar educación en sexualidad, pero no deja de ser un tema polémico y complejo que encuentra discrepancias en sus modelos de entendimiento y abordaje. Según López Sánchez (2011), se definen cuatro modelos concretos. Como se apreciará, los tres primeros están sujetos a presupuestos ideológicos que supeditan la sexualidad a concepciones morales y, por ello, condicionan la educación sexual que debe transmitirse:

- **Modelo de educación moral:** se basa en la concepción religiosa del ser humano. Transmite que la actividad sexual solo se considerará adecuada cuando se orienta a la procreación dentro del matrimonio heterosexual. La educación sexual hacia los individuos con DI se enfoca hacia la prevención de riesgos extramatrimoniales, mediante una metodología directiva. Reconoce el rol educativo de los padres en este ámbito.
- **Modelo de revolución sexual:** basado en la libre elección y la satisfacción del placer sin finalidad reproductora por parte de todos los individuos. Desconfía de los padres como figuras de educación sexual y mezcla la educación sexual con militancia política para conseguir una revolución social.
- **Modelo preventivo o de riesgo:** parte de un concepto de salud como ausencia de enfermedad, inspirada en el modelo biomédico. Este modelo educa de manera reactiva a problemas ya surgidos en sexualidad. La educación sexual transmite información pro-salud orientada a evitar riesgos derivados de la actividad sexual (ITS, embarazos no planeados...).

## 4. MODELO BIOGRÁFICO-PROFESIONAL

Desde la perspectiva del **modelo biográfico-profesional**, la educación sexual persigue que las personas cuenten con información y recursos que permitan la aceptación de su identidad sexual, junto a una vivencia libre y responsable de la misma. La acción educativa se enfoca en la adquisición de conocimiento científico real, habilidades de

comunicación, de asertividad y de toma de decisiones, y actitudes tolerantes hacia la sexualidad (Fallas et al., 2012).

Este modelo es acorde con el marco del *hecho sexual humano* al ofrecer una concepción positiva de la sexualidad, que contribuye a la promoción de la calidad de vida y bienestar global del individuo. Por lo tanto, no se trata solo de las prácticas sexuales, de sus consecuencias o riesgos. Tampoco de que los conceptos ideológicos primen en la expresión de la sexualidad, limitándola u orientándola hacia otros fines. Se trata de vivir las diferentes vertientes de la sexualidad de modo pleno, consciente y positivo, pero de acuerdo con el respeto a los valores, creencias y actitudes de cada persona. Pretende informar y ofrecer medios para conocer, aceptar y expresar de forma satisfactoria su sexualidad, respetando la del resto y sus posibles diferencias. En definitiva, busca empoderar a la población para que ellos mismos sean responsables con su salud sexual, a partir de las múltiples posibilidades que puede haber de expresar la sexualidad.

Bajo esta perspectiva que remarca la diversidad en la expresión de la sexualidad, se fundamenta la inclusión de las personas con DI en la educación sexual. La educación sexual se recibe de forma constante en la vida, durante todas sus etapas y por parte de toda la sociedad. Sin embargo, esto no es lo que experimentan habitualmente los individuos con DI. Por un lado, no existe coordinación entre los agentes educativos para un objetivo común. Además, hay unas circunstancias concretas en las personas con DI que de alguna forma dificultan en mayor medida esta coordinación. Para compensar esta problemática, tampoco existe una manera formal en la que transmitir la educación mediante programas específicos hacia este colectivo (De la Cruz et al., 2017).

## **5. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

Desde mis propias experiencias durante las Prácticas Clínicas Tuteladas del Grado y, sobre todo, en el ámbito de Atención Primaria, detecté cierta regularidad en algunas personas con DI para acudir a consultas de enfermería. Aunque las visitas respondían más a motivos farmacológicos y seguimiento de patologías crónicas, analicé esta situación como una oportunidad para favorecer la creación de la relación terapéutica. Estas ocasiones podían permitir que a la vez que se atendían otros motivos de consulta, los profesionales valoren la sexualidad de estos individuos, detecten posibles problemas o utilicen estos contactos cercanos para trabajar la promoción y educación en salud sexual.

Como respaldo hacia estas funciones, desde la perspectiva de la Enfermería, se cuenta con el apartado “sexualidad-reproducción”, recogido en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, a través del cual se realiza una valoración sobre la satisfacción de la sexualidad, abarcando todos sus componentes biopsicosociales (Arroyo Lucas, 2018). Además, en la nomenclatura NANDA-NOC-NIC quedan recogidos diagnósticos enfermeros como “[00065] Patrón Sexual Ineficaz” e intervenciones como “[5510] Educación para la salud” (NNN Consult, 2016). No obstante, las valoraciones que se realizaban quedaban incompletas al obviar las preguntas dirigidas a este ámbito. Además, sin realizar estas preguntas, se clasificaba la eficacia o no del patrón de valoración. Eso supone que se anteponga una visión subjetiva del profesional sin contrastar con el individuo. Posiblemente, esto imposibilitaba el desarrollo de planes de cuidado de enfermería sobre la esfera sexual.

Estas observaciones despertaron mi interés por descubrir si la problemática fue algo puntual o general en estos individuos. Por ello, comencé a interesarme en conocer si se desarrollan programas educativos adaptados a personas con DI, y en caso afirmativo, las estrategias concretas que se siguen hoy en día en los mismos. Además, resulta pertinente conocer cómo son las actuaciones de la enfermería en la educación sexual en personas con DI, así como la manera real en la que la que desempeñan su rol.

Por ello, a partir de estos antecedentes, el objetivo de este trabajo consiste en conocer cómo se realiza la educación sexual en las personas con DI. Con este propósito general, planteo una revisión de la literatura científica que he dividido en tres facetas: por una parte, conocer las temáticas y metodología seguida por los programas de educación sexual con esta población. Por otra, conocer si estos programas cubren las necesidades que las personas con DI manifiestan en relación con la sexualidad. Y, por último, determinar el papel que juegan los profesionales de la salud, concretamente de Enfermería, hacia la educación en sexualidad de las personas con DI.



## METODOLOGÍA

El presente trabajo realiza una revisión de la literatura respecto a los programas de Educación Sexual en personas con DI. Para ello, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cinahl, Cochrane y Cuiden-Plus, además de bibliotecas virtuales como SciELO.

### Selección de términos de búsqueda

Tras definir los términos de búsqueda en lenguaje libre, se consultan los tesauros de las bases de datos correspondientes para la traducción de estos términos a lenguaje controlado. En concreto, se busca “*intellectual disability*”, “*sex education*” y “*sexuality*” en DeCS y MeSH. Se observa que en ambos tesauros aparecen los mismos términos correspondientes con lo deseado, que son los que se utilizan para las posteriores búsquedas. Por tanto, los descriptores utilizados en estas bases de datos son:

**Tabla 1. Descriptores utilizados en la estrategia de búsqueda**

DESCRIPTORES		
LENGUAJE LIBRE		LENGUAJE CONTROLADO – TÉRMINOS DECS-MESH
Español	Inglés	
Educación Sexual	Sex Education	Sex Education
Discapacidad Intelectual	Intellectual Disability	Intellectual Disability
Sexualidad	Sexuality	Sexuality

Fuente: Elaboración propia

### Utilización de operadores lógicos (booleanos)

Las construcciones de búsqueda con los descriptores mencionados se realizan con los operadores booleanos “AND” y “OR”. El uso de ambos da lugar a una restricción de los resultados de búsqueda más adecuada al interés perseguido en la selección de artículos.

### Estrategias de búsqueda

La combinación de los términos controlados y operadores booleanos determinados resulta la siguiente estrategia de búsqueda formulada en inglés y en español, introducida en la base de datos Cuiden en este último idioma señalado.

**Tabla 2. Estrategias de búsqueda bibliográfica**

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	
Inglés	Español
((“Sex Education”[Mesh]) OR “Sexuality”[Mesh]) AND “Intellectual Disability”[Mesh]	[cla= “educación sexual”] or [cla= sexualidad] and [cla= “discapacidad intelectual”]

Fuente: Elaboración propia

### Criterios de inclusión

- Artículos de cualquier tipología
- Publicaciones comprendidas entre 2011 y 2021, ambos años inclusive.
- Idioma español, inglés y portugués.
- Acceso a texto completo u Open Access.
- Artículos con o sin resumen disponible.

### Criterios de exclusión:

- Artículos que describan la sexualidad de personas con DI, desde la perspectiva de individuos de su entorno.
- Artículos que únicamente aborden la DI moderada, severa y profunda, así como DI concretas (TEA, Síndrome de Down...)
- Artículos que traten la sexualidad en personas con DI con circunstancias específicas (colectivo de homosexuales, bisexuales o transexuales, comportamiento sexual desadaptado, distintivos entre mujeres y hombres).

- Artículos que traten patologías físicas o psicológicas relacionadas con la sexualidad.
- Literatura gris y tesis.
- Artículos enfocados en el recorrido histórico de la educación sexual.

Una vez lanzada la estrategia de búsqueda, y aplicando el filtro de fecha de publicación deseada, se encuentran un total de 453 artículos, entre los cuales se lleva a cabo un proceso de selección mediante lectura de título y resumen (o, en su defecto, texto completo), teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se eliminan aquellos artículos duplicados o ya escogidos en otra de las bases de datos utilizadas. Finalmente, se obtienen un conjunto de 19 artículos con los que se procede a lectura de texto completo para el análisis crítico que permita la extracción de información relevante. Durante esta lectura, se comprueban los artículos seleccionados con los criterios de inclusión y exclusión.

Centrándonos en cada una de las bases de datos utilizadas, se cuenta con los siguientes resultados:

- **Pubmed:** se encuentran 48 resultados, de los cuales se seleccionan 13 en un primer cribaje (lectura de título y resumen) y 6 en un segundo cribaje (lectura de texto completo).
- **Cinahl:** se encuentran 215 resultados, de los cuales se seleccionan 44 en un primer cribaje y 11 en un segundo cribaje.
- **Cochrane:** se encuentran 95 resultados, de los cuales se selecciona 1 en un primer cribaje y 0 en un segundo cribaje.
- **Cuiden-Plus:** se encuentran 91 resultados, de los cuales se seleccionan 5 en un primer cribaje y 2 en un segundo cribaje.
- **SciELO:** se encuentran 4 resultados de los que ninguno se selecciona por no guardar relación con el tema a tratar.

También se revisa Google Scholar para evitar lo máximo posible la pérdida de artículos relevantes.

**Tabla 3. Número de artículos seleccionados por cada base de datos**

	Artículos totales	Artículos finales
<b>Pubmed</b>	48	6
<b>Cinahl</b>	215	11
<b>Cochrane</b>	95	0
<b>Cuiden-Plus</b>	91	2
<b>SciELO</b>	4	0
<b>Nº de artículos totales</b>	453	19

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se procede a la exposición de las principales ideas que se desprenden de los artículos de interés que han sido seleccionados. Tras su agrupación mediante una síntesis narrativa, se realiza un análisis descriptivo que interpreta la información encontrada.

Un resumen de los artículos mencionados se encuentra en el Anexo 2.

## RESULTADOS

---

Teniendo en cuenta el país de origen, en los estudios seleccionados se detectó una predominancia europea, con seis artículos realizados en Países Bajos, cuatro artículos publicados en Reino Unido y dos en España. Fuera del territorio europeo, se encuentran además dos estudios originarios de Australia y uno de Japón; así como otro de ellos originario de ambos países mencionados. El resto de los tres artículos proceden de EEUU. De todos ellos, 17 artículos están escritos en lengua inglesa, (el 89% del total) y dos en castellano.

En cuanto a la tipología, en su mayoría se trata de estudios de revisión, con cuatro artículos de revisión sistemática y cuatro artículos de revisión narrativa. Ocho artículos fueron estudios descriptivos, frente a dos estudios analíticos y uno que correspondía a una intervención educativa.

En primer lugar, se realizó una lectura completa de los artículos extrayendo la información más relevante relacionada con el objetivo principal. En consonancia con los objetivos específicos propuestos al inicio, se establecieron tres dimensiones principales de análisis y distribución de dicha información: 1) Educación Sexual aplicada a personas con DI; 2) Necesidades sexuales manifestadas por personas con DI; 3) El papel de la enfermería en los programas de educación para la DI. A continuación, se detallan los resultados sobre cada una de estas dimensiones:

### **1. EDUCACIÓN SEXUAL APLICADA A PERSONAS CON DI**

Una de las características repetidamente señaladas respecto a la educación sexual aplicada a las personas con DI es que reciben menos educación que aquellas personas sin DI. Además, cuando la reciben, es en su mayoría, en respuesta a problemas puntuales surgidos, y no como programas preventivos (Schaafsma et al., 2019; Stoffelen et al., 2017).

Además, a partir de sus limitaciones en el funcionamiento mental, enfrentan dificultades para entender y memorizar la información, en mayor o menor medida dependiendo de su nivel de discapacidad. Por eso, al mismo tiempo que se transmiten conocimientos, se constata la necesidad de educar en habilidades que les permitan comprender mejor lo que se les enseña y trasladarlo a la práctica diaria (Schaafsma et al., 2015). Algunas de estas

habilidades señaladas son aquellas que les posibiliten afrontar y evitar situaciones de riesgo sexual (habilidades de autoprotección) y para saber expresar sus deseos y experiencias sexuales (habilidades de relato sexual) (Stoffelen et al., 2017).

Aunque los padres consideraron importante educar en sexualidad a las personas con DI, otra dificultad bastante señalada es que el entorno social cercano suele ser más restrictivo y prudente con la información que se les transmite (Schaafsma et al., 2013; Schaafsma et al., 2017; Stoffelen et al., 2019; Schmidt et al., 2020; Black & Kammes, 2019).

Además, se detectó que la tradición cultural de cada país en la consideración de los Derechos Sexuales de los DI impide en ocasiones el seguimiento de estos derechos. Como ejemplo, el derecho sobre la libertad en las relaciones sexuales se enfrentó en Irlanda a la prohibición de la actividad coital en personas con DI. Consecuentemente los programas de educación en este país impiden ejercer este derecho. En lugar de basarse en la Declaración de Derechos Sexuales para su diseño y evaluación, los programas educativos de sexualidad en personas con DI se limitaban exclusivamente a utilizar las actividades en las que habían conseguido resultados positivos, como las intervenciones comunitarias sobre el uso continuo del preservativo en la prevención del VIH (Stoffelen et al., 2019; Taylor Gomez, 2012).

### **1.1. Temáticas tratadas en la educación sexual**

Existe una clara predominancia en la temática relacionada con las relaciones sexuales y la salud sexual. Los contenidos de la mayor parte de los programas que se ofrecen a las personas con DI se enfocan en la prevención del riesgo sexual, incluyendo prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados y situaciones de abuso sexual (Frawley & O'Shea, 2020; Schaafsma et al., 2014; Stoffelen et al., 2019; Schaafsma et al., 2017; Lam et al., 2019; Alexander & Taylor Gomez, 2017; Black & Kammes, 2019; Stoffelen et al., 2017; Brown et al., 2020; Schaafsma et al., 2015; Taylor, 2012).

- Sobre la prevención de embarazos hubo dos temas principalmente tratados. Por un lado, el uso del preservativo, la esterilización y la píldora anticonceptiva (esta última se enseñó también como método para tratar problemas en el ciclo menstrual). Y, por otro, la abstinencia sexual, como método evitación de cualquiera de los riesgos sexuales. Cabe indicar que este método se ha transmitido

prioritariamente en muchos programas, que ofrecen como alternativas a la relación sexual, el contacto físico mediante besos, abrazos y coger la mano (Alexander & Taylor Gomez, 2017; Schmidt et al., 2020; Stoffelen et al., 2017; Schaafsma et al., 2017; Taylor, 2012; Black & Kammes, 2019).

- En cuanto al abuso sexual, en los programas predomina la enseñanza en relaciones respetuosas y consentidas, así como en transmitir habilidades para la comunicación asertiva (Brown et al., 2020; Schaafsma et al., 2015; Sharples, 2015; Stoffelen et al., 2017).

En los programas se detectó un trato esporádico a cuestiones como la orientación sexual, señalada únicamente por dos artículos. La prohibición hacia la práctica sexual entre personas del mismo sexo influye de forma negativa en la educación sexual recibida en los individuos homosexuales (Schaafsma et al., 2014; Schaafsma et al., 2017).

Otras cuestiones como la masturbación y las relaciones de pareja fueron ligeramente mencionadas en uno de los artículos. Se observa asimismo que la exposición de los individuos en Internet se ha abordado de forma muy escasa, pese a que los padres manifestaban su preocupación por temas como el *sexting*, el acceso a la pornografía o el *ciberbullying*. También la prohibición del diálogo abierto sobre sexualidad entre las personas con DI limitó su acceso a los servicios de asesoramiento sexual (Stoffelen et al., 2017).

## **1.2. Métodos de los programas para la identificación de necesidades en DI**

Los programas de educación han empleado una metodología diversa, pero la información sobre cómo se ha transmitido la educación sexual, está, en general, poco detallada. El asesoramiento se ha llevado a cabo de manera individualizada en varias intervenciones educativas salvo en una de ellas, que describe la utilización de la técnica del grupo nominal. Este último método resultó satisfactorio para otorgar a los discapacitados la oportunidad de debatir seria y colectivamente sobre sexualidad (Rengel Villa, 2018; Schaafsma et al., 2013; Stoffelen et al., 2019).

La educación por pares fue otro de los métodos utilizados en algunas intervenciones aisladas. En este caso, la acción educativa en sexualidad tenía lugar desde personas con DI hacia personas con DI. De esta manera, se facilita que la enseñanza se convierta en

aprendizaje y que la información se reciba más fácilmente al proceder de personas con las que podían identificarse (Schaafsma et al., 2013; Frawley & O'Shea, 2020).

Por otra parte, la mayoría de las intervenciones educativas se centraron en adolescentes y jóvenes, mediante charlas o talleres puntuales realizados en el colegio hacia individuos que ya contaban con experiencias sexuales previas a la misma. Se constata también la falta de materiales adaptados a las personas con DI (Brown et al., 2020; Johnson et al., 2014; Schaafsma et al., 2014; McDaniels & Fleming, 2016; Schaafsma et al., 2017; Rengel Villa, 2018).

El procedimiento de educación inclusiva, en el que las personas con DI tienen un papel activo, fue efectivo en la mejora de la educación sexual recibida, pero muy poco utilizado por los programas. La mayoría fueron planificados por personas de su entorno cercano; en particular, a partir de percepciones de sus padres o cuidadores (Brown et al., 2020; McDaniels & Fleming, 2016; Sharples, 2015; Schaafsma et al., 2013; Stoffelen et al., 2019).

Sólo uno de los artículos describe la participación de los discapacitados en la planificación de los programas a partir de sus propios testimonios y mediante una metodología mixta (cualitativa/cuantitativa). Como método cuantitativo, se aplicó el *Cuestionario de Conocimientos Sexuales Generales (GSKQ)* (ver Anexo 3) (Schmidt et al., 2020).

## **2. NECESIDADES SEXUALES MANIFESTADAS POR PERSONAS CON DI**

En las investigaciones se describieron diversas necesidades que pueden clasificarse según el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (Sánchez Medina y Rosales Piña, 2017) y que se esquematiza en la siguiente figura:



**Figura 1. Modelo Ecológico del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner**

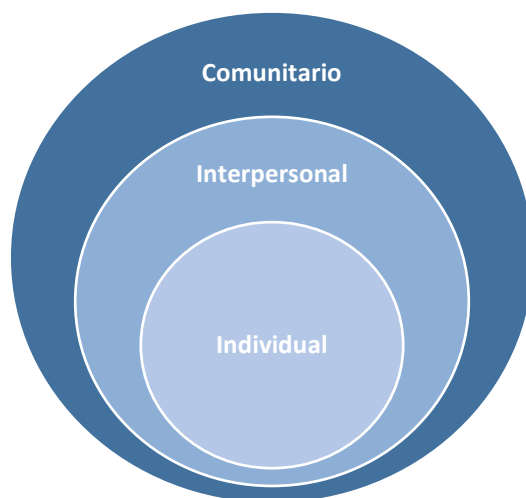


Figura 1: Elaboración propia

### **2.1. Nivel individual**

La demanda de información sobre sexualidad por parte de los discapacitados, más allá de la prevención del riesgo en la práctica sexual, se manifiesta de forma consistente por parte de las personas con DI (Rodríguez García, 2017). Así, precisaban información sobre el placer individual que es uno de los temas en el que expresaron su deseo de recibir educación, partiendo de que una manera frecuente para su consecución fue la masturbación. En particular, los varones con DI manifestaron su preocupación sobre cómo masturbarse, la regularidad y los lugares en los que hacerlo. En este sentido, esta forma de expresión sexual suele ser más aceptada y menos restringida por su entorno. Por parte de los discapacitados, la masturbación se consideraba como algo natural y saludable a nivel físico y mental (Schaafsma et al., 2015; Taylor Gomez, 2012).

Las personas con DI pretendían ser libres en la expresión de su orientación sexual. Los individuos solicitaban mayores conocimientos hacia relaciones de pareja homosexual, mediante educación en sexualidad que no sobreentendiera la heterosexualidad. Querían acabar con la visión generalmente negativa y prohibida que describían tener hacia las relaciones entre personas del mismo sexo (Schaafsma et al., 2014; Taylor Gomez, 2012).

## **2.2. Nivel interpersonal**

A las personas con DI les resultó complicado expresar sus necesidades de satisfacción en las relaciones sexuales, y la valoración de su importancia es variable. Mientras que algunos individuos consideraban prioritario en sus vidas mantener relaciones sexuales, otros no les daban esa prioridad y el resto manifestaron que ni siquiera tenían intención de mantener relaciones sexuales.

Las personas que manifestaron esta necesidad como prioritaria, reclamaron mayor capacidad de decisión y autonomía, educación y menos restricciones hacia su expresión sexual (Black & Kammes, 2019; Frawley & O'Shea, 2020; Lam et al., 2019; Alexander & Taylor Gomez, 2017). La eliminación de las restricciones a su expresión sexual pasa a su vez por el reconocimiento de dos necesidades. Por un lado, referían la necesidad de espacios físicos privados o íntimos con sus parejas, tanto en hogares familiares como grupales. Por otro lado, se detectó el interés de los discapacitados por ser reconocidos física y sexualmente deseables para otras personas (Taylor Gomez, 2012).

En relación con las relaciones de pareja, las personas con DI indicaron su deseo de sentirse especiales o importantes para alguien, pero señalaban la preocupación por su desconocimiento en cómo formar y mantener relaciones con individuos con o sin DI. Para ello, solicitaban educación en habilidades sobre la comunicación efectiva en pareja, con la que poder dialogar sobre sexualidad (Hayashi et al., 2011; Stoffelen et al., 2019; Taylor Gomez, 2012). Otra de las habilidades que consideraban un útil para la búsqueda y establecimiento de relaciones era el manejo de foros en Internet y salas de chat, para lo que requerían una formación específica (Schaafsma et al., 2017).

Por su parte, los que no manifestaron que las relaciones sexuales fuesen una prioridad, señalaron mayor satisfacción hacia la compañía de una pareja, y contactos físicos de caricias, besos y abrazos (Alexander & Taylor Gomez, 2017; Black & Kammes, 2019). Dado que estos tipos de contacto físico eran aceptados por parte de su entorno, las personas con DI lo consideraron un tipo de expresión sexual apropiada tanto en contextos públicos como privados (Sharples, 2015).

Asimismo, deseaban y solicitaban educación sexual fácilmente comprensible sobre el autocuidado en salud sexual y la prevención de los riesgos (ITS, embarazos no deseados y abuso sexual) (Johnson et al., 2014; Schmidt et al., 2020; Brown et al., 2020; Schaafsma et al., 2017).

En cuanto al abuso sexual, manifiestan que la sobreprotección del entorno y su alto grado de dependencia les dificultaba el reconocimiento de situaciones de riesgo. Cabe indicar a este respecto que las personas con DI presentan una vulnerabilidad tres veces mayor para sufrir abuso sexual en comparación con las personas sin DI. Esta vulnerabilidad era confirmada por múltiples testimonios de los discapacitados sobre agresiones sexuales (Lam et al., 2019; Taylor Gomez, 2012; Stoffelen et al., 2019). Sin embargo, no todos los estudios se han mostrado de acuerdo en esta mayor incidencia de agresiones en comparación con la población general (Schaafsma et al., 2015; Sharples, 2015).

Por último, algunos individuos señalaron el interés por ser padres, si bien tenían distintas opiniones sobre su capacidad o incapacidad para ejercer adecuadamente esta labor. Para ello, precisaban aprender sobre ámbitos de parentalidad positiva: necesidades corporales básicas, desarrollo de los niños, habilidades de desarrollo emocional y habilidades de desarrollo social (Frawley & O'Shea, 2020; Schasfma et al., 2014; Brown et al., 2020).

### **2.3. Nivel comunitario**

La necesidad de recibir apoyo en su sexualidad por parte de sus padres y cuidadores fue bastante mencionada por parte de las personas con DI. Deseaban la ayuda de estas personas de su entorno para formarse en sexualidad y poder expresarse siguiendo sus derechos sexuales (Stoffelen et al., 2019; Black & Kammes, 2019).

Otra necesidad fue la de mayor y mejor inclusión en la comunidad y que se ve limitada por los prejuicios, mitos y estigmas hacia su sexualidad. Estos oscilan desde la atribución de ausencia de deseo sexual hasta la falta de su control, y se enfrentan, según manifiestan, a su identificación como seres sexuados, que es como quisieran que les identificase la sociedad (Brown et al., 2020). En este mismo sentido, para reivindicar sus derechos de vida sexual y luchar contra las diferencias discriminatorias, reclamaban información sobre temas sexuales en lenguaje comprensible a su capacidad intelectual (Schaafsma et al. 2017; Johnson et al., 2014).

### **3. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA DI**

Para hacer efectivas las intervenciones educativas en sexualidad, distintos artículos coincidían en la pertinencia de incluir la labor de la figura enfermera, dentro de un equipo multidisciplinar (Frawley & O'Shea, 2020; Brown et al. 2020; Schmidt et al. 2020). En particular, Rengel Villa (2018) y Rodríguez García (2018), resumen los principales motivos por los que la enfermería ha sido relevante en la educación sexual de los DI:

- Gran parte de su trabajo se basa en el desarrollo de programas de Educación para la salud, para los que cuentan con formación específica.
- Su conocimiento sobre la DI permite comprender la influencia de la enfermedad en la vida sexual.
- En su valoración, enfermería tiene una visión holística del paciente. Es decir, actúa sobre los ámbitos físico, mental y social de la persona, teniendo así la capacidad de abordar de manera completa y eficaz temas, que, como la sexualidad, favorecen su independencia y autonomía.

Por estos motivos, las autoras consideraron necesario impulsar la figura de la enfermera como profesional idóneo para trabajar en las asociaciones que atienden a este colectivo, así como su colaboración desde los centros de Atención Primaria.

Los profesionales sanitarios deberían ser uno de sus principales formadores sobre sexualidad, con independencia de que estos individuos escojan tener o no un comportamiento sexual. Sin embargo, los profesionales encargados del cuidado de las personas con DI han tenido en cuenta la sexualidad de forma excepcional. Se observa una predisposición para centrarse en el tratamiento de trastornos y enfermedades relacionadas con la sexualidad, desatendiendo necesidades más psicológicas o sociales en estos individuos. Además, se aprecia la tendencia a patologizar manifestaciones sexuales de los DI que no responden a cuestiones patológicas (Stoffelen et al., 2017).

#### **3.1. Actitudes de los profesionales sanitarios y cuidadores**

Schaafsma et al. (2014) observó que todos los cuidadores fueron plenamente conscientes de su responsabilidad con el bienestar y la salud sexual de sus pacientes y de que son un colectivo vulnerable a abusos o problemas de comportamiento sexual. Sin embargo, las actitudes hacia la educación sexual fueron dispares. Muchos profesionales, sobre todo

aquellos de mayor edad, tenían actitudes más positivas y liberales en la sexualidad de sus pacientes, concretamente hacia la masturbación, y en comparación con la actitud de la familia (Schaafsma et al., 2014)

Sin embargo, existe también una actitud negativa por parte de otros profesionales hacia las relaciones sexuales y orientaciones homosexuales. Plantean que el trato de la educación sexual incrementa los abusos sufridos o provocados por personas con DI y manifestaban que este es un motivo determinante para evitar el trato de esta temática en su trabajo (Taylor Gomez, 2012; Alexander & Taylor Gomez, 2017).

### **3.2. Limitaciones o carencias detectadas por los profesionales**

Varios artículos comentaron que los profesionales sanitarios se enfrentaban a una serie de limitaciones o carencias propias o derivadas de agentes externos a ellos, que son las siguientes:

- Las **actitudes contrarias de las familias** provocaron desacuerdos entre ambas partes y la inhibición de los profesionales en el desarrollo de la educación y sus contenidos. Algunos padres se oponían a la educación sexual de sus hijos con DI, con el fin de evitar que tuvieran experiencias sexuales negativas. Otros progenitores reivindicaban ser guiados en el abordaje de la educación sexual de sus hijos para adquirir habilidades necesarias y poder colaborar activamente en las intervenciones (Alexander & Taylor Gomez, 2017; Stoffelen et al., 2019).
- La **falta de tiempo y recursos para las intervenciones**. Los recortes en plantilla obligaron a compensar la falta de personal, dedicando menor tiempo a labores como la educación sanitaria (Schaafsma et al., 2013).
- Los **prejuicios y estereotipos** de los profesionales sobre la sexualidad de los DI influyen en su ejercicio profesional, desencadenando actitudes evasivas. Además, consideraban que tratando la sexualidad invaden la privacidad de los pacientes. Se propone incorporar progresivamente y con naturalidad el tema de la sexualidad en cada caso clínico (Taylor Gomez, 2012; Rodríguez García, 2017).
- **Ambigüedad legal** en la protección de los profesionales. Sólo el 38% de los profesionales indicaron tener conocimiento sobre el contenido completo de las políticas de educación sexual, provocando confusión en sus actuaciones educativas con las personas con DI. Se describen leyes obsoletas, poco claras y

con procesos de cambios normativos muy lentos, que generó el temor a la aplicación de contenidos sobre sexualidad (Schaafsma et al., 2014; Alexander & Taylor Gomez, 2017).

- La **insuficiente formación de los profesionales**. Por ejemplo, en el grado universitario de enfermería, solo se imparte una asignatura sobre sexualidad. Proponen una formación especializada en sexualidad y un aumento de la formación psicoeducativa. La finalidad sería que los profesionales valoren la importancia de los programas de educación sexual para la reducción y prevención de problemas de salud biopsicosociales a lo largo de la vida del discapacitado. Pero la formación especializada en sexualidad es costosa, lo cual limita el acceso a ella (Schaafsma et al., 2013; Schmidt et al., 2020; Rodríguez García, 2017; Schaafsma et al., 2014; Alexander & Taylor Gomez, 2012).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

Los resultados recogidos a partir de los artículos revisados permiten exponer las características de la educación sexual que están recibiendo las personas con DI en la práctica. Desde ellas, se pueden agrupar los temas más tratados y analizar las cuestiones que limitan la efectividad en los programas. También, hacen posible contrastar las temáticas tratadas con las necesidades reales manifestadas por los propios discapacitados. Finalmente, aportan información sobre la labor de la Enfermería y las carencias o limitaciones que señalan las propias enfermeras para su desempeño, lo que otorga la posibilidad de discutir posibles soluciones.

Los individuos con DI reciben menos educación sexual que las personas sin DI, a pesar de tratarse de un derecho y un interés para ellos. Además, los programas incluyen en mayor medida a personas con DI leve y/o moderada. En aquellos individuos con niveles de discapacidad más profundos, las intervenciones educativas obtienen menor efectividad, principalmente, debido a su elevada dificultad de comprensión y autonomía en la práctica diaria. Una forma de avanzar para superar esta dificultad puede ser incluir en su diseño actividades y materiales adaptados a sus habilidades (Schaafsma et al., 2015; American Psychiatric Association, 2013).

El hecho de que las intervenciones educativas con los DI se realicen de forma aislada, con determinados niveles de DI, en edades concretas y sin materiales adaptados a la discapacidad, pueden considerarse factores que contribuyen a aumentar su vulnerabilidad a riesgos en su conducta sexual. Por ello, se echa en falta que la educación se prolongue en el tiempo, que se proporcione antes de que los individuos comiencen a tener relaciones sexuales y que adapte sus materiales a las circunstancias intelectuales. Hacerlo de esta manera, refuerza la interiorización de la información transmitida, teniendo resultados notables y satisfactorios en la conducta sexual del individuo (Brown et al., 2020).

La revisión de los programas de educación sexual realizados en personas con DI permite concluir asimismo que esta es incompleta en las temáticas tratadas. Mediante los programas se ha pretendido, principalmente, evitar las ITS, los embarazos no deseados y las situaciones de abuso sexual. (López Sánchez, 2011). Estas temáticas se ajustan, sobre todo, al modelo preventivo o de riesgo y, en la práctica, se trata de afrontamientos reactivos a problemas surgidos, más que enfocarse en la prevención. Solo unos pocos

programas han intentado transmitir información positiva y normalizada de la sexualidad y, con frecuencia, se han enfrentado a una opinión contraria al trato de esas cuestiones en el entorno cercano a las personas con DI (Rengel Villa, 2018; Black & Kammes, 2019). Además, encontramos en varios programas la imposición de la abstinencia sexual hacia una parte de los individuos con DI. Esta imposición puede añadir un desconocimiento sobre la sexualidad y afectar a la detección de situaciones de abuso sexual.

En relación con la temática de relaciones de pareja, se concluye que los programas realizados han estado muy circunscritos a que las personas con DI se relacionen sexualmente solo con otras personas con DI, a pesar de la necesidad de los individuos de tratar con personas con o sin DI. De forma excepcional, un programa incluyó el debate sobre sexualidad entre personas con y sin DI, demostrando una influencia positiva para ambos grupos (Hayashi et al., 2011).

De lo anterior, se deduce que la mayoría de los programas no se han diseñado en base al marco de la sexualidad, la salud sexual y la Declaración de Derechos Sexuales, promovido por la OMS, lo que, probablemente, afecta a su efectividad (McDaniels & Fleming, 2016; Brown et al., 2020; Schaafsma et al., 2013). También, es relevante evitar que el reconocimiento de los Derechos Sexuales esté condicionado por la tradición cultural de los países en los que se desarrollan los programas.

Los DI pueden adquirir la responsabilidad sexual gracias a una apropiada guía en el desarrollo y maduración sexual (Stoffelen et al., 2017). Es importante que los programas incluyan la prevención del riesgo unida a la educación en la vivencia satisfactoria de la sexualidad. En este sentido, el modelo biográfico de sexualidad y educación sexual, que se adapta a estas características, parece un modelo apropiado, pero se encuentra escasamente aplicado en la educación para los DI (Schaafsma et al., 2015; McDaniels & Fleming, 2016).

En cuanto a la metodología empleada, se observa diversidad con programas de educación individual y grupal. Sin embargo, con independencia de ello, se comprueba que aquellos programas que incluían a los DI como educadores de sus propios compañeros con DI (educación por pares) obtuvieron buenos resultados para el aprendizaje en sexualidad (Frawley & O'Shea, 2020). Asimismo, resultan más efectivas las intervenciones que tienen en cuenta las necesidades o testimonios manifestados por los propios DI para su planificación. No obstante, el papel activo de los DI en la planificación de los programas



es una excepción, puesto que muchos de ellos utilizaban como guía las perspectivas aportadas por padres o cuidadores para su diseño (Brown et al., 2020; McDaniels & Fleming, 2016; Sharples, 2015; Schaafsma et al., 2013; Stoffelen et al., 2019; Schmidt et al., 2020).

En consideración a las necesidades que manifiestan las personas con DI, muchos temas se trataron de manera esporádica y parcial en los programas de intervención, a pesar de manifestarse como una necesidad formativa por los propios discapacitados y su entorno. Entre ellos se incluye la homosexualidad, la masturbación, las relaciones de pareja, el acceso a servicios de asesoramiento sexual y el contacto físico como besos, abrazos y coger la mano. También la exposición y uso de Internet y salas de chat fue poco tratado, a pesar de la preocupación de los padres hacia ella, y el beneficio que percibían los discapacitados para conseguir una pareja a través de este medio. Los individuos con DI consideraron estas temáticas muy necesarias y manifiestan su deseo de recibir un conocimiento más amplio y, sobre todo, adaptado y comprensible sobre las mismas. Otras temáticas, también señaladas como necesidad por parte de los discapacitados no fueron siquiera mencionadas como contenido de ningún estudio. Estas se refieren a la privacidad, verse deseables, sentirse seres sexuados (en el caso de las mujeres), la paternidad, el apoyo del entorno y la inclusión en la comunidad (Schaafsma et al., 2017; Johnson et al., 2014).

En relación con los profesionales, hubo poca bibliografía sobre su papel en la educación. Aunque no hay una aclaración sobre qué grupo profesional es el más indicado para esta labor, se coincide en la importancia de un equipo multidisciplinar que incluya a la enfermería. En intervención de educación sexual en personas con DI, resulta interesante su conocimiento sobre la enfermedad, su formación en Educación para la Salud y su visión holística del paciente.

Existen limitaciones o carencias en la educación sexual de las personas con DI, que han dificultado este trabajo asistencial. Parece conveniente afrontar los prejuicios y miedos de los profesionales hacia el trato de la sexualidad en estas personas. Los requisitos para ello son el aumento de su formación en sexualidad y beneficios de la educación sexual, además de políticas claras sobre sexualidad en discapacitados que amparen el ejercicio profesional en este ámbito. Para impulsar el desarrollo de los programas educativos es preciso que enseñemos a los padres los beneficios de la educación sexual positiva e integral y los perjuicios de no llevarla a cabo de forma completa. Todo ello debe realizarse

ofreciéndoles la colaboración en la planificación y acción educativa y ayudándoles a identificar su rol (Black & Kammes, 2019; Stoffelen et al., 2019; Schmidt et al., 2020; Taylor Gomez, 2012).

Como se ha detectado, los profesionales señalan problemas de financiación para el desarrollo de programas de educación sexual. Una posible solución sería la inversión en prevención de los problemas sexuales, en lugar de tratamientos o respuestas reactivas a dichos problemas (Alexander & Taylor Gomez, 2012).

En suma, a partir de la revisión realizada, se ha podido profundizar en el estado de los programas de educación sexual en personas con DI, detectando las carencias existentes en relación con las necesidades reales de los propios individuos. Además, se ha descubierto un amplio campo de intervención de enfermería en éste área, aún sin cubrir y sobre el que pueden diseñarse futuros planes de intervención efectivos.

## AGRADECIMIENTOS

---

*En primer lugar, agradecer a mi tutor Juan Manuel Serrano, los recursos bibliográficos facilitados; así como su implicación, disposición y orientación continua en todo el desarrollo del trabajo.*

*A mi familia, por sus valiosas aportaciones y por ser mi mejor ejemplo de esfuerzo y superación.*

*A David, por acompañarme y ayudarme en este y en todos mis retos.*

*A mis amigas, por el apoyo y la escucha brindada.*



## BIBLIOGRAFÍA

---

- Alexander, N. & Taylor Gomez, M. (2017). Pleasure, sex, prohibition, intellectual disability, and dangerous ideas. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 114-120. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1331690>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). American Psychiatric Publishing. Disponible en: [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf)
- Arroyo-Lucas, S., Vázquez-Cruz, R., Martínez-Becerril, M. y Nájera-Ortiz, M. P. (2018). Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción de conocimiento. *Revista Mexicana de Enfermería*, 6, 97-102. Doi: 10.24875/ENF.M18000017
- Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2014). *Declaración de los Derechos Sexuales*. Disponible en: [https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion\\_derechos\\_sexuales\\_sep03\\_2014.pdf](https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf)
- Black, R. S. & Kammes, R. R. (2019). Restrictions, power, companionship, and intimacy: A metasynthesis of people with intellectual disability speaking about sex and relationships. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 57(3), 212-233. Disponible en: <https://doi.org/10.1352/1934-9556-57.3.212>
- Brown, M., McCann, E., Truesdale, M., Linden, M. & Marsh, L. (2020). The design, content and delivery of relationship and sexuality education programmes for people with intellectual disabilities: A systematic review of the international evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207568>
- Cruz roja. (2016). *La educación afectiva y sexual: un derecho, una prioridad*. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13613375/La+educacion+afectiva+y+sexual%2C+un+derecho+una+prioridad.pdf/3b9a45ad-2399-c744-98bf-e8f266dc9335?version=1.0&t=1558966151648>

- De la Cruz, C., González, B., Pereyra, C. y Santamaría, C. (2017). Posicionamiento por el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Plena Inclusión*. Disponible en: [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/posicionamiento\\_sexualidad.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/posicionamiento_sexualidad.pdf)
- Fallas, M. A., Artavia, C. y Gamboa, A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*, 16, 53-71. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194124704004>
- Frawley, P. & O'Shea, A. (2020). 'Nothing about us without us': Sex education by and for people with intellectual disability in Australia. *Sex Education*, 20(4), 413-424. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14681811.2019.1668759>
- Hayashi, M., Arakida, M. & Ohashi, K. (2011). The effectiveness of a sex education program facilitating social skills for people with intellectual disability in japan. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(1), 11-19. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/13668250.2010.549463>
- Johnson, K., Minogue, G. & Hopklins, R. (2014). Inclusive research: Making a difference to policy and legislation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(1), 76-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jar.12085>
- Lam, A., Yau, M., Franklin, R. C. & Leggat, P. A. (2019). The unintended invisible hand: A conceptual framework for the analysis of the sexual lives of people with intellectual disabilities. *Sexuality & Disability*, 37(2), 203-226. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11195-018-09554-3>
- López Sánchez, F. (2011). Juventud y Drogadicción (Educación Afectivo Sexual). *Educación para la salud y juventud*, (55). Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista55-10.pdf>
- McDaniels, B. & Fleming, A. (2016). Sexuality Education and Intellectual Disability: Time to Address the Challenge. *Sexuality & Disability*, 34, 215–225. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9427-y>
- NNN Consult. (2016). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 de NANDA International*. Elsevier. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

- OMS. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (10th ed.). Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- OMS. (2006). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1)
- OMS. (2017). 10 datos sobre la discapacidad. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>
- OMS. (2020). Clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad (11th ed.). Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Rengel Villa, N. (2018). La sexualidad en personas con discapacidad intelectual: una aproximación a las respuestas de instituciones y entidades. *Documentos de Enfermería*, (70), 30-34. Disponible en: [http://colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/wp-content/uploads/2018/06/DocEnf\\_0070.pdf](http://colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/wp-content/uploads/2018/06/DocEnf_0070.pdf)
- Rodríguez García, M. C. (2017). El profesional de Enfermería en el abordaje sexual de los pacientes con discapacidad: un enfoque fenomenológico. *Nure investigación*, 14(89). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278361>
- Sáez Sesma, S. y Frago Valls, S. (2017). *Colección: sexología divulgativa. Un placer al alcance de todos*. Disponible en: <https://www.amaltea.org/wp-content/uploads/2017/03/7-LA-IDENTIDAD-SEXUAL.pdf>
- Sánchez-Medina, R. y Rosales-Piña, C. R. (2018). Modelo Ecológico aplicado al campo de la Salud sexual. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 3(2), 119-135. Disponible en: <http://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/80/292>
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Sex Research*, 52(4), 412-432. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.919373>

- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., Van Doorn, P., & Curfs, L. M. G. (2014). Identifying the important factors associated with teaching sex education to people with intellectual disability: A cross-sectional survey among paid care staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 39(2), 157-166. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/13668250.2014.899566>
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J., & Curfs, L. (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: Implications for the development of sex education. *Sexuality & Disability*, 35(1), 21-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9466-4>
- Schaafsma, D., Stoffelen, J. M. T., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2013). Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: An intervention mapping approach. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 157-166. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jar.12017>
- Schmidt, E., Robek, N., Dougherty, M., Horstman, A., & Darragh, A. (2020). "I have a disability, [and]... I want to make love and be loved": Gaps, barriers, and recommendations for sex ed for people with intellectual and developmental disabilities (IDD)...2020 AOTA annual conference & expo. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, 1. Doi: 10.5014/ajot.2020.74S1-PO1206
- Sharples, S. (2015). Taking the big leap: Learning together about sex and relationships. *Community Living*, 29(1), 20-21. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.shib&db=ccm&AN=113756848&lang=es&site=ehost-live&scope=site>.
- Stoffelen, J. M. T., Herps, M. A., Buntinx, W. H. E., Schaafsma, D., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2017). Sexuality and individual support plans for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(12), 1117-1129. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jir.12428>
- Stoffelen, J. M. T., Schaafsma, D., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2019). Views on sex using the nominal group technique to explore sexuality and physical intimacy in individuals with intellectual disabilities. *Sexuality & Disability*, 37(2), 227-244. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9550-z>



- Taylor Gomez, M. (2012). The S words: Sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality & Disability*, 30(2), 237-245.  
[https://www.researchgate.net/publication/257663491\\_The\\_S\\_Words\\_Sexuality\\_Sensuality\\_Sexual\\_Expression\\_and\\_People\\_with\\_Intellectual\\_Disability](https://www.researchgate.net/publication/257663491_The_S_Words_Sexuality_Sensuality_Sexual_Expression_and_People_with_Intellectual_Disability)
- Zapata Boluda, R. M., Soriano Ayala, E. y Marín Zapata, R. M. (2016). *Salud sexual y reproductiva*. Universidad de Almería



## ANEXOS

### *Anexo 1: Derechos Sexuales y Reproductivos*

1. **Derecho a la igualdad y la no discriminación:** disfrutar de los derechos sexuales sin distinción en la discapacidad.
2. **Derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona:** sin amenazas relacionadas con la sexualidad.
3. **Derecho a la autonomía y la integridad física:** controlar y decidir libremente sobre su sexualidad y su cuerpo
4. **Derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes:** relacionados con la sexualidad.
5. **Derecho a no ser objeto de ninguna forma de violencia y coacción** relacionada con la sexualidad, como el abuso sexual.
6. **Derecho a la privacidad:** en su práctica sexual
7. **Derecho al más alto nivel posible de salud:** incluida la salud sexual, con experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
8. **Derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y su aplicación:** en relación con la sexualidad y salud sexual
9. **Derecho a la información:** precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.
10. **Derecho a la educación educación sexual integral:** con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.
11. **Derecho a contraer, formar y disolver el matrimonio y otros tipos similares de relaciones:** basadas en igualdad y consentimiento pleno y libre.
12. **Derecho a decidir si tener hijos, el número y el espaciamiento de los mismos:** y a tener la información y los medios para hacerlo
13. **Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión:** de su sexualidad
14. **Derecho a la libertad de asociación pacífica:** para defender su sexualidad
15. **Derecho a la participación en la vida pública y política:** en el desarrollo e implementación de políticas sobre sexualidad.
16. **Derecho al acceso a la justicia, retribución e indemnización:** por violaciones a sus derechos sexuales.

Anexo 2: Tabla-resumen de los artículos seleccionados

Autor/es	Título	Año	Procedencia	Objetivo de estudio	Tipo de estudio/diseño	Hallazgos/resultados	Recomendaciones
<b>Brown, M., McCann, E., Truesdale, M., Linden, M., &amp; Marsh, L.</b>	The design, content and delivery of relationship and sexuality education programmes for people with intellectual disabilities: A systematic review of the international evidence	2020	Reino Unido	Identificar los enfoques de diseño, contenido, método y evaluación utilizados en programas de educación sobre relaciones y sexualidad para personas con DI.	Revisión sistemática	Los programas de RSE existentes carecen de modelos y marcos basados en la evidencia. Los proveedores de algunos programas a menudo se basaron en sus propias actitudes y valores para guiar el desarrollo del contenido, en lugar de en las necesidades específicas de las personas con DI. Estas solicitan conocimientos en sexualidad positiva, más allá del riesgo. Aunque no se encuentra grupo profesional natural para ofrecer los programas, deberían ser impartidos en colaboración con profesores, enfermeras y padres, pero ninguno de ellos tiene claro su rol, conocimiento y habilidades para ejecutarlos.	Se necesita tiempo para determinar posibles beneficios de los programas a largo plazo.
<b>Black, R. S., &amp; Kammes, R. R</b>	Restrictions, power, companionship, and intimacy: A metasynthesis of people with intellectual disability speaking about sex and relationships	2019	EEUU	Analizar y sintetizar experiencias, percepciones y sentimientos sobre la sexualidad y relaciones íntimas por parte de personas con DI.	Revisión sistemática: Metasíntesis de estudios cualitativos	Las personas con DI transmiten la sensación de falta de autonomía en sus experiencias y expresiones sexuales, controladas por familia, cuidadores, políticas, programas o expectativas de la sociedad. Señalan que reciben menos educación en sexualidad, y centrada en la heteronormatividad, evasión del riesgo sexual, biología humana e higiene. Existe ambivalencia de opiniones por la figura responsable de transmitir la educación.	Mayor investigación más inclusiva. Educar más en relaciones interpersonales, conocimiento de deseos y planificación de intervenciones basadas en los mismos.
<b>Lam, A., Yau, M.,</b>	The unintended invisible hand: A	2019	Australia, China	Comprender las	Revisión literaria	Educación sexual discriminatoria de la sexualidad de personas con DI.	Examinar la autopercepción

<b>Franklin, R. C</b>	conceptual framework for the analysis of the sexual lives of people with intellectual disabilities			experiencias sexuales de las personas con DI para identificar factores que contribuyen a la promoción o restricción de su sexualidad		Enfoques restrictivos y prohibitivos tanto a nivel individual como institucional, aunque familia y profesionales consideran esencial la sexualidad en el desarrollo de la identidad personal. Ineficacia de los programas que podría deberse a la prevalente resistencia de algunos padres y educadores/profesionales de la salud para llevar a cabo una educación más allá de la fisiología humana, debida a prejuicios y conflictos éticos y legales.	sexual de personas con DI. Informar a padres, profesionales y políticos, de necesidades de los DI para eliminar barreras y equilibrar su protección-empoderamiento. Estudiar diferencias culturales.
<b>Stoffelen, J. M. T., Schaafsma, D., Kok, G., &amp; Curfs, L. M. G.</b>	Views on sex using the nominal group technique to explore sexuality and physical intimacy in individuals with intellectual disabilities	2019	Países Bajos	Identificar las ideas, expresiones y barreras en la sexualidad experimentada s por personas con DI.	Estudio cualitativo	La educación sobre relaciones de pareja es prioritaria en las necesidades de los DI. Baja tasa de abuso sexual en la muestra. Técnica del grupo nominal como metodología activa adecuada en la investigación inclusiva de temas como la sexualidad y los derechos sexuales.	Se precisa aumentar la atención en este aspecto en las actividades de apoyo diarias, así como aumentar el apoyo hacia los profesionales.
<b>Alexander, N., &amp; Taylor Gomez, M.</b>	Pleasure, sex, prohibition, intellectual disability, and dangerous ideas	2017	Reino Unido	Cuestionar la situación de la sexualidad en personas con DI.	Estudio descriptivo	La sexualidad integral se ignora de la vida de los DI, llegando a prohibirse la expresión sexual en algunos casos. Los cuidadores suelen contar con una formación de mala calidad que no cubre adecuadamente los temas de sexualidad y relaciones.	Apoyar a que los DI lideren unas vidas sexualmente libres.
<b>Rodríguez García, María del Carmen.</b>	El profesional de Enfermería en el abordaje sexual de los pacientes con discapacidad: un	2017	España	Conocer la perspectiva de los profesionales de Enfermería	Estudio cualitativo	La falta de formación y tiempo hace que los profesionales no contemplen el abordaje de las necesidades sexuales en su atención asistencial. El abordaje de la sexualidad es multidisciplinar.	Investigar también sobre las perspectivas o actitudes del resto

	enfoque fenomenológico			ante el abordaje de las necesidades sexuales en pacientes con DI.			de profesionales sanitarios.
<b>Stoffelen, J. M. T., Herps, M. A., Buntinx, W. H. E., Schaafsm a, D., Kok, G., &amp; Curfs, L. M. G.</b>	Sexuality and individual support plans for people with intellectual disabilities	2017	Países bajos	Determinar en qué medida la sexualidad y los derechos sexuales se imparten en documentos del Plan de Apoyo Individual (PAI).	Estudio cuantitativo: Análisis de contenido.	La referencia que hacen a los aspectos de la sexualidad fue mayormente descriptiva y ofrecía poca orientación en términos de educación sexual, tratamiento, programas de intervención o estrategias de apoyo profesional. Describe principalmente aspectos negativos o problemáticos de la sexualidad.	Abordar temas relacionados con Educación sexual proactiva, toma de decisiones compartida e implementación de planes de salud sexual en los documentos del ISP.
<b>Schaafsm a, D., Kok, G., Stoffelen, J., &amp; Curfs, L.</b>	People with intellectual disabilities talk about sexuality: Implications for the development of sex education	2017	Países bajos	Identificar los problemas en el área de la sexualidad de las personas con DI, para apoyar sus necesidades.	Estudio cualitativo	La evaluación de temas relacionados con la sexualidad, señala que la educación sexual recibida por los participantes tiene baja frecuencia. Su conocimiento se limita principalmente a la superficialidad de temas como el sexo seguro, la anticoncepción y las ITS, que no siempre se traduce en un comportamiento sexual seguro. Estas personas otorgan importancia también a habilidades en relaciones online, redes sociales y paternidad.	Se aconseja un Mapeo de Intervenciones como marco basado en la evidencia, que aumente la efectividad de los programas de educación sexual.
<b>Schaafsm a, D., Kok, G., Stoffelen,</b>	Identifying effective methods for teaching sex education to	2015	Países Bajos	Identificar métodos efectivos para programas de	Revisión sistemática	Con los métodos, se logra mejorar conocimientos, actitudes y habilidades en materia de ES hacia personas con DI.	Proporcionar, por parte de los autores, información adicional detallada

<b>J. M. T., &amp; Curfs, L. M. G.</b>	individuals with intellectual disabilities: A systematic review			ES hacia personas con DI.		Las condiciones en las que funcionan estos métodos aún no están claras, debido a que los informes de programas de educación sexual a menudo carecen de descripciones de los materiales, las metas y los métodos utilizados.	sobre métodos en publicaciones futuras.
<b>Schaafsm a, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., Van Doorn, P., &amp; Curfs, L. M. G.</b>	Identifying the important factors associated with teaching sex education to people with intellectual disability: A cross-sectional survey among paid care staff	2014	Países Bajos	Identificar factores importantes y posibles barreras asociadas con la enseñanza de la ES a las personas con DI.	Estudio cualitativo	Los profesionales proporcionaron educación sexual reactiva a problemas, debido a los prejuicios que la rodean hacia personas con DI. Creencias sobre falta de actividad sexual o falta de deseo para recibir educación sexual por parte de los DI, así como la consideración de falta de formación específica en los profesionales. Todos estuvieron de acuerdo en que educar en sexualidad a las personas con DI no tiene efectos negativos en ellas.	Enfocarse en eliminar prejuicios. Para conseguir una ES proactiva, se debe realizar una nueva evaluación de necesidades de las personas con DI.
<b>Schaafsm a, D., Stoffelen, J. M. T., Kok, G., &amp; Curfs, L. M. G.</b>	Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: An intervention mapping approach	2013	Países Bajos	Explorar el desarrollo de los programas de ES por trabajadores en el campo de la DI, en el contexto del protocolo de Mapeo de Intervenciones	Revisión literaria	Los programas carecen de base teórica, no involucran a DI en su desarrollo y proceso, y no cuentan con evaluación sistemática. Por lo que es poco probable que estos programas sean eficaces. Por lo general, los problemas relacionados con la salud sexual de las personas con DI pueden encontrarse en diferentes niveles ecológicos, como individual, interpersonal y organizacional.	Utilizar una teoría en los programas, con una evaluación inicial adecuada de necesidades y determinantes psicosociales que influyan en problemas de comportamiento sexual, contando con el impacto que tendrían en la salud sexual de personas con DI.
<b>Taylor Gomez, M.</b>	The S words: Sexuality, sensuality, sexual	2012	Australia	Describir el fomento o negación de	Estudio descriptivo	Las personas con DI experimentan las mismas necesidades que los no DI. Desean educarse en sexualidad y el propio cuerpo, comunicar sus	La protección de los derechos sexuales de una

	expression and people with intellectual disability			los derechos humanos en el apoyo de la expresión sexual de las personas con DI.		necesidades sexuales, tener la oportunidad de expresarse sexualmente y en relaciones, así como contar con privacidad y derecho a cometer errores. Con una educación adecuada y un buen apoyo social, son capaces de desarrollar una expresión sexual segura y constructiva, así como relaciones saludables.	persona debe incluir a los políticos para apoyar la planificación de la vida de la persona en torno a la expresión sexual.
<b>Schmidt, E., Robek, N., Dougherty, M., Horstman, A., &amp; Darragh, A</b>	I have a disability, [and]... I want to make love and be loved": Gaps, barriers, and recommendations for sex ed for people with intellectual and developmental disabilities (IDD)...2020 AOTA annual conference & expo	2020	EEUU	Identificar las brechas, barreras y recomendaciones para facilitar el acceso a la información sobre salud sexual entre personas con DI	Análisis cuantitativo y cualitativo	Menor comprensión de los DI sobre reproducción, anticoncepción e ITS. La posición opuesta de los padres, la propia DI, los mitos, la falta de políticas y la formación profesional limitada, supone una barrera para el ejercicio de la educación en salud sexual. Métodos de educación sexual poco adaptados. Adolescentes y adultos jóvenes con ID describen una necesidad significativa de abordar habilidades de negociación para promover relaciones saludables. La educación precisa de colaboración y formación de los profesionales de la salud en la misma.	Educación proactiva y formal, proporcionada por equipo multidisciplinar y repetida en el tiempo.
<b>Johnson, K., Minogue, G., &amp; Hopklins, R</b>	Inclusive Research: Making a Difference to Policy and Legislation	2014	Reino Unido	Explorar dos estudios de investigación inclusiva en el cambio de políticas hacia la educación sexual en DI.	Revisión sistemática	Ambos estudios revelaron que era difícil, para personas con DI, expresar su sexualidad de forma abierta. La investigación inclusiva puede contribuir a facilitar la comprensión de los temas, proporcionando un medio para empoderar a los individuos. Ambos estudios daban voz a los DI a nivel gubernamental para hablar sobre sus necesidades sexuales.	La investigación inclusiva, es una manera de transformar la investigación en acciones reales en la práctica.
<b>Frawley, P., &amp;</b>	'Nothing about us without us': Sex education by and	2020	Australia	Ofrecer un programa de educación	Revisión literaria	La educación por pares proporciona una educación sexual liberadora para los involucrados, a través de un enfoque basado en	Aumentar la investigación en el impacto de la



<b>O'Shea, A.</b>	for people with intellectual disability in australia			desarrollado en colaboración con DI, mediante educación por pares.		derechos. Los servicios de la comunidad se convierten en aliados en el objetivo de acabar con la segregación y el proteccionismo que usualmente se ofrece en la educación sexual para la discapacidad. Los estudios precisan de un análisis teórico más profundo.	educación por pares en los DI.
<b>McDaniel s, B., &amp; Fleming, A.</b>	Sexuality education and intellectual disability: Time to address the challenge	2016	EEUU	Examinar el estado actual y la efectividad de los planes de estudio de educación sexual para DI.	Revisión literaria	La educación sexual que se les otorga es inadecuada, provocando un aumento en el riesgo de abuso sexual, ITS y desinformación sobre sexualidad en los DI. Existe una carencia de educación formal, individualizada y específica para los individuos. Gran parte de los programas educativos no añaden sus necesidades específicas. Los programas deberían incluir más información sobre métodos y evaluaciones.	Proporcionar educación a través de cambios en el modelo preventivo actual.
<b>Sharples, S.</b>	Taking the big leap: Learning together about sex and relationships	2015	Reino Unido	Descripción de la asistencia de la autora a un curso de formación en sexualidad y relaciones.	Estudio descriptivo	El curso le ha permitido dar un “gran salto” a un mundo potencialmente gratificante en la sexualidad. Esta dimensión estaba anteriormente oculta a ella, y le producía un miedo intenso, por conceptos erróneos y actitudes negativas de otras personas.	Crear programas de formación que respondan a las aspiraciones de los DI, y cambios en política, práctica y estrategias precisos.
<b>Hayashi, M., Arakida, M., &amp; Ohashi, K.</b>	The effectiveness of a sex education program facilitating social skills for people with intellectual disability in japan	2011	Japón	Mejorar las habilidades en sexualidad de personas con DI.	Intervención educativa	El entrenamiento en habilidades sociales fue significativamente útil en los programas de educación sexual en los DI. La participación de personas sin DI aumenta su eficacia. Sin embargo, los DI siguen viendo dificultada su expresión de opiniones en sexualidad.	Reestructurar el contenido del programa según nivel de independencia del participante y contexto cultural.
<b>Rengel Villa N.</b>	La sexualidad en personas con	2018	España	Observar las actitudes de	Estudio cualitativo	Visión normalizada sobre la sexualidad de las personas con DI, por parte de los	Trabajo multidisciplinar en

	discapacidad intelectual: una aproximación a las respuestas de instituciones y entidades			los profesionales sobre la sexualidad de los DI, así como conocer los problemas y necesidades que plantean.		profesionales. No obstante, existen perjuicios, que enfrentan a las personas con DI a la sobreprotección de las familias, actitudes restrictivas de la sociedad en la expresión de su sexualidad y falta de entornos con los que poder interaccionar y eliminar dudas sobre sexualidad. La respuesta institucional es escasa y limitada. Las intervenciones que se realizan suelen ser asesoramiento individualizado y talleres o charlas anuales.	la educación sexual. Impulsar la Enfermería como apto para la educación y atención sexual en los DI.
--	--	--	--	---	--	--	--

### Anexo 3: Cuestionario de Conocimientos Sexuales Generales (GSKQ)

¿Cuál es tu sexo? Hombre ( ) Mujer ( )

¿Qué edad tienes? \_\_\_\_ años Estudios cursando: Ciencias de la Salud ( ) Ciencias sociales y jurídicas ( ) Ciencias ( ) Arte y Humanidades ( ) Ingeniería y Arquitectura ( )

Curso más alto matriculado

Ideología/religión/creencias

☐ Ateísmo ( )

☐ Católica practicante ( )

☐ Católica no practicante ( )

☐ Musulmana ( )

☐ Otras: Especificar

Domicilio durante el curso escolar

☐ Domicilio familiar ( )

☐ Piso compartido ( )

☐ En pareja ( )

☐ Residencia universitaria ( )

☐ Otros: Especificar ( )

Estructura familiar

☐ Familia monoparental ( )

☐ Padres divorciados/separados ( )

☐ Familia nuclear ( )

☐ Otros (especificar) ( )

Nivel de estudios materno

☐ Estudios básicos (EGB) ( )

☐ Estudios intermedios (ciclos formativos/bachiller) ( ) ☐ Estudios universitarios ( )

Nivel de estudios paterno

☐ Estudios básicos (EGB) ( )

☐ Estudios intermedios (ciclos formativos/bachiller) ( ) ☐ Estudios universitarios ( )

¿Has recibido algún tipo de formación sobre sexualidad y/o planificación familiar? Si ( ) No ( )

Dónde (Especificar)

Si tienes alguna duda sobre sexualidad y/o planificación familiar, ¿A quién recurre?

Especificar:

Orientación sexual Hetero ( ) Homo ( ) Bi ( )

¿Tienes actualmente pareja? Si ( ) No ( )

Duración de la relación en meses \_\_\_\_\_ meses

En tus relaciones sexuales, ¿a qué grado de intimidad sexual has llegado?

☐ No he tenido ningún tipo de contacto ( )

☐ Solamente besos ( )

☐ Caricias íntimas sin llegar a la penetración ( )

☐ He llegado al coito/ penetración completa ( )

Edad de la primera relación sexual \_\_\_\_\_ años

¿Con quién tuviste la primera relación sexual?

☐ Novio/a ( )

☐ Desconocido/a ( )

☐ Otros (especificar)

¿Usaste algún método anticonceptivo en la primera relación? Si ( ) No ( ) Cuál (especificar)

☐ Marcha atrás/ coito interrumpido ( )

☐ Preservativo ( )

☐ Otro (especificar)

¿Qué método utilizas actualmente?

☐ Marcha atrás/ coito interrumpido ( )

☐ Preservativo ( )

☐ Anticonceptivos hormonales ( )

☐ Otro (especificar)

¿Has tenido relaciones sexuales coitales/anales sin protección? ☐ No he tenido nunca relaciones sexuales ( )

En tus relaciones sexuales, ¿a qué grado de intimidad sexual has llegado?

- ☐ No he tenido ningún tipo de contacto ( )
- ☐ Solamente besos ( )
- ☐ Caricias íntimas sin llegar a la penetración ( )
- ☐ He llegado al coito/ penetración completa ( )

Edad de la primera relación sexual \_\_\_\_\_ años

¿Con quién tuviste la primera relación sexual?

- ☐ Novio/a ( )
- ☐ Desconocido/a ( )
- ☐ Otros (especificar)

¿Usaste algún método anticonceptivo en la primera relación? Si ( ) No ( ) Cuál (especificar)

- ☐ Marcha atrás/ coito interrupto ( )
- ☐ Preservativo ( )
- ☐ Otro (especificar)

¿Qué método utilizas actualmente?

- ☐ Marcha atrás/ coito interrupto ( )
- ☐ Preservativo ( )
- ☐ Anticonceptivos hormonales ( )
- ☐ Otro (especificar)

¿Has tenido relaciones sexuales coitales/anales sin protección? ☐ No he tenido nunca relaciones sexuales ( )

- ☐ Nunca ( )
- ☐ Algunas veces ( )
- ☐ Siempre ( )

Respecto a los siguientes métodos anticonceptivos, contesta lo que consideres verdadero o falso:

1. La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro V ( ) F ( )
2. Si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces V ( ) F ( )
3. Para utilizar anticonceptivos hormonales se ha de acudir a un centro sanitario V ( ) F ( )
4. Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo V ( ) F ( )
5. Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación V ( ) F ( )
6. Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ITS V ( ) F ( )
7. El único método anticonceptivo que protege de las ITS es el preservativo V ( ) F ( )
8. Todas las mujeres sexualmente activas tienen que hacerse citologías anuales V ( ) F ( )
9. Las ITS son poco frecuentes en nuestra sociedad V ( ) F ( )